عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam	اسم المنشاة :
Mobile No : 530411364 رقم الجوال:		**Employee Name :** HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI	اسم الموظف:
ID Number	2226937528		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، امراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية او التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، امراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,إنحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530411364	0	0	2226937528	EMPLOYEE	1	HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926		٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571056769 رقم الجوال:		**Employee Name :** MURLI RAJBHAR BARSATU أسم الموظف:
ID Number	2378139527	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 204 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571056769	0	0	2378139527	EMPLOYEE	1	MURLI RAJBHAR BARSATU	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal [illegible] insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشاة :
Mobile No : 577360274 رقم الجوال:	**Employee Name :** HIM BAHADUR KHADKA أسم الموظف:
ID Number 2375418619	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، إستسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف والأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577360274	0	0	2375418619	EMPLOYEE	1	HIM BAHADUR KHADKA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA
عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 591460776 رقم الجوال:		Employee Name : SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY أسم الموظف:
ID Number	2372971990	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الدولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي التيبسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		591460776	0	0	2372971990	EMPLOYEE	1	SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095978	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA
عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	**عزيزي المؤمن له :** نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 576379780 رقم الجوال:		**Employee Name :** MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN اسم الموظف:
ID Number	2315437687	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 900 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا **No**	نعم **Yes**	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة **Provider Name**	الحالة **case**	رقم الجوال **Mobile No.**	الطول **Height**	الوزن **Weight**	رقم الهوية **ID Number**	القرابة **Relation**	الجنس **Gender**	اسم الموظف /افراد العائلة **Employees/Dependent Name**	م
		576379780	0	0	2315437687	EMPLOYEE	1	MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) ترقيع الموظف	Date التاريخ	
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١	

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب لنموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	**عزيزي المؤمن له :** نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 502898850 رقم الجوال:	**Employee Name :** SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB اسم الموظف:
ID Number 2126614581	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، امراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل او تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		502898850	0	0	2126614581	EMPLOYEE	1	SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 580423536	رقم الجوال:	**Employee Name :** MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED	اسم الموظف:
ID Number	2246350389		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفوالي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		580423536	0	0	2246350389	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام اي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010093928	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type**	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 591126150 رقم الجوال:		**Employee Name :** SANA ULLAH FARZAND ALI	أسم الموظف:
ID Number	2289660504		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الفقري ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependant Name	م
		591126150	0	0	2289660504	EMPLOYEE	1	SANA ULLAH FARZAND ALI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المؤسسة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095928	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical deleration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 576409753	رقم الجوال:	Employee Name : FAKHARE ALAM SHEKH HASIM	أسم الموظف:
ID Number	2314879038		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576409753	0	0	2314879038	EMPLOYEE	1	FAKHARE ALAM SHEKH HASIM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095036		٢٠٢١ / ٧ / ٨

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for anyinsured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :

Entity Name : Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 540095929 رقم الجوال:

Employee Name : ASLAM SID MOHMMAD اسم الموظف:

ID Number 2345042184 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية: **Marital Status** الحالة الاجتماعية: **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع الشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة, السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة, الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي, تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي, هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك, انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		540095929	0	0	2345042184	EMPLOYEE	1	ASLAM SID MOHMMAD	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي لأي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 594729592 رقم الجوال:		Employee Name : MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD اسم الموظف:
ID Number	2306152139	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594729592	0	0	2306152139	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 594297265 رقم الجوال:		Employee Name : MOHAMMAD AADIL ABDULLAH اسم الموظف:
ID Number	2315095055	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة, الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594297265	0	0	2315095055	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 570314846	رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMAD TABREZ KHAN	أسم الموظف:
ID Number	2354537900		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auchér's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		570314846	0	0	2354537900	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD TABREZ KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 562872582	رقم الجوال:	**Employee Name :** MOHAMED ABDELWAHAB	أسم الموظف:
ID Number	2306464534		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 313 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم الليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي البيسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562872582	0	0	2306464534	EMPLOYEE	1	MOHAMED ABDELWAHAB	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 538635792 رقم الجوال:	Employee Name : HASHEM QAID GHANEM اسم الموظف:
ID Number 2375734155	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 320 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الدموي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538635792	0	0	2375734155	EMPLOYEE	1	HASHEM QAID GHANEM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010093326	Employee Signature (م) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 564552171 رقم الجوال:	**Employee Name :** MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM اسم الموظف:
ID Number	2372064911 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		564552171	0	0	2372064911	EMPLOYEE	1	MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095528	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 582334729 رقم الجوال:		Employee Name : MOHAMMAD ARIF ASLAM اسم الموظف:
ID Number	2372672614	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:		Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي البسيط، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		582334729	0	0	2372672614	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD ARIF ASLAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم الجهة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095826	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 505287460 رقم الجوال:		**Employee Name :** SHARIK AHMAD ABDUL RASHEED	اسم الموظف:
ID Number	2315438347		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		505287460	0	0	2315438347	EMPLOYEE	1	SHARIK AHMAD ABDUL RASHEED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 569586760 رقم الجوال:		**Employee Name :** AHMED IBRAHIM MOHAMED ISMAIL اسم الموظف:
ID Number 2375587496		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:		**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة, السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة, الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDdeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي, هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك, انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		509586760	0	0	2375587496	EMPLOYEE	1	AHMED IBRAHIM MOHAMED ISMAIL	1
		503492963	0	0	2482446909	SON	1	SEILA AHMED IBRAHIM ISMAIL	2
		503492963	0	0	2482446917	WIFE	2	WALAA MOHAMED IBRAHIM SALEM	3

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095026	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ١١ / ٧ / ٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 501205727 رقم الجوال:		**Employee Name :** EISSA HAMOOD SARHAN أسم الموظف:	
ID Number 2377607300		رقم الهوية	
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** الحالة الاجتماعية:	**Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفوالي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	.هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		501205727	0	0	2377607300	EMPLOYEE	1	EISSA HAMOOD SARHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كلها عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر باني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ١١ / ٧ / ٢٠٢١

(1) Upon renewal, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 596976187 رقم الجوال:	**Employee Name :** MUHAMMAD FAWAD RAUF اسم الموظف:
ID Number 2376622896	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض جوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		596976187	0	0	2376622896	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD FAWAD RAUF	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أشهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ١١/٧/٢٠٢١

(1) Upon ren[illegible] the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 530824471 رقم الجوال:	Employee Name : TAMEEM ABDULLAH AL AZABI اسم الموظف:	
ID Number 2376625527 رقم الهوية		
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات،مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530824471	0	0	2376625527	EMPLOYEE	1	TAMEEM ABDULLAH AL AZABI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010695928	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 568413095 رقم الجوال:	**Employee Name :** HESHAM MAGDI ELTABEI IBRAHIM اسم الموظف:
ID Number 2402185173	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		568413095	0	0	2402185173	EMPLOYEE	1	HESHAM MAGDI ELTABEI IBRAHIM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ١١ / ٧ / ٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 505878537	رقم الجوال:	Employee Name : HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI	اسم الموظف:
ID Number	2375206394		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ اعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع الشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		505878537	0	0	2375206394	EMPLOYEE	1	HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	١١/٧/ ٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571378078 رقم الجوال:		**Employee Name :** SYED MOHAMMAD RAFI أسم الموظف:
ID Number 2388348399		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 900 الجنسية:		**Marital Status** الحالة الاجتماعية: **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571378078	0	0	2388348399	EMPLOYEE	1	SYED MOHAMMAD RAFI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أشهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١٩

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 573396298 رقم الجوال:		Employee Name : RAKESH SUNAR أسم الموظف:
ID Number	2305216190	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status الحالة الإجتماعية: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، امراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ,الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية او التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		573396298	0	0	2305216190	EMPLOYEE	1	RAKESH SUNAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 576274117	رقم الجوال:	**Employee Name :** SURENDAR SAHANI	أسم الموظف:
ID Number	2375206204		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 900 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ اعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود اي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ,الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكرومانوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو امراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك باي من امراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576274117	0	0	2375206204	EMPLOYEE	1	SURENDAR SAHANI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرات و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١	

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مغطى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 552733743 رقم الجوال:	**Employee Name :** SHARFY AWAD ALI SHARFY أسم الموظف:
ID Number 2329036426	رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية: **Marital Status** الحالة الاجتماعية: **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		552733743	0	0	2329036426	EMPLOYEE	1	SHARFY AWAD ALI SHARFY	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أشهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشاة :
Mobile No : 562268894 رقم الجوال:	**Employee Name :** SALAUDDIN JALALUDDIN أسم الموظف:
ID Number 2314878600	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، إنحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562268894	0	0	2314878600	EMPLOYEE	1	SALAUDDIN JALALUDDIN	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها باي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 545309204 رقم الجوال:		Employee Name : JAAN MOHAMMAD SHIEKH	اسم الموظف:
ID Number	2375418767		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الدموي الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الفيسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		545309204	0	0	2375418767	EMPLOYEE	1	JAAN MOHAMMAD SHIEKH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 595478069 رقم الجوال:	**Employee Name :** FURQAN DANISH ZAFAR ALI أسم الموظف:
ID Number 2375420045	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو امراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	,هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) 3

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		595478069	0	0	2375420045	EMPLOYEE	1	FURQAN DANISH ZAFAR ALI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA
عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 506144072 رقم الجوال:	**Employee Name :** OMAR AHMED BAMUHRIZ أسم الموظف:
ID Number 2040467157	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 320 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, إستسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض قوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		506144072	0	0	2040467157	EMPLOYEE	1	OMAR AHMED BAMUHRIZ	1
		506144072	0	0	2165775889	DAUGHTER	2	REEM BAMUHRIZ	2
		556396044	0	0	2137382939	SON	1	TURKI BAMUHRIZ	3
		506144072	0	0	2073520971	WIFE	2	FATIMAH ABDULLAH BAMUHRIZ	4

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 556840070	رقم الجوال:	Employee Name : RAJA MOHAMED KHAN	اسم الموظف:
ID Number	2234512404		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ اعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		556840070	0	0	2234512404	EMPLOYEE	1	RAJA MOHAMED KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل كرمك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 570808156 رقم الجوال:	Employee Name : VIMALRAJ RAMALINGAM اسم الموظف:
ID Number 2235203342	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		570808156	0	0	2235203342	EMPLOYEE	1	VIMALRAJ RAMALINGAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085926 س.ت]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ /٧/ ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type**	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشاة :
Mobile No : 537058829	رقم الجوال:	**Employee Name :** UPENDRA KUMAR SINGH	اسم الموظف:
ID Number	2237124165		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 900 الجنسية:	**Marital Status** الحالة الاجتماعية:	**Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		537058829	0	0	2237124165	EMPLOYEE	1	UPENDRA KUMAR SINGH	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's Stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	[signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , The insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 577519573 رقم الجوال:		Employee Name : DELUWAR MENTU MIA FATEMA	اسم الموظف:
ID Number	2307949863		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الدوائي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577519573	0	0	2307949863	EMPLOYEE	1	DELUWAR MENTU MIA FATEMA	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (*) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 576761553	رقم الجوال:	Employee Name : KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	اسم الموظف:
ID Number	2309098164		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576761553	0	0	2309098164	EMPLOYEE	1	KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٦

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) الشهر.
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 554793468 رقم الجوال:	**Employee Name :** ASHAB UDDIN RUSTUM ALI أسم الموظف:
ID Number	2309098495 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم»	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض جوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من امراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للانثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		554793468	0	0	2309098495	EMPLOYEE	1	ASHAB UDDIN RUSTUM ALI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010045926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ١١/٧/٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 581287707 رقم الجوال:		Employee Name : MUHAMMAD JAMIL RAMZAN اسم الموظف:
ID Number	2315312062	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		581287707	0	0	2315312062	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD JAMIL RAMZAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي لسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق الشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 581192250 رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMAD MUNIR ANWAR أسم الموظف:
ID Number 2314877826	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الإجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة, السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة, الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك, انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		581192250	0	0	2314877826	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD MUNIR ANWAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ١١ / ٧ / ٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530933258 رقم الجوال:	**Employee Name :** MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM أسم الموظف:
ID Number 2315315255	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

		لا No	نعم Yes		
	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :			يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑ ✓	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑ ✓	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية او التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑ ✓	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑ ✓	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑ ✓	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530933258	0	0	2315315255	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 503470155	رقم الجوال:	Employee Name : MOHAMMED SAIFUL BABUL	أسم الموظف:
ID Number	2315382693		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الدولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		503470155	0	0	2315382693	EMPLOYEE	1	MOHAMMED SAIFUL BABUL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت		٢٠٢١ / ٧ / ١٦

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | **New** ☑ جديد | **Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : | **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 502096795 رقم الجوال: | **Employee Name :** IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN اسم الموظف:

ID Number 2315385787 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 305 الجنسية: **Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض ,الكروموسومات, مرض قوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك .انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		502096795	0	0	2315385787	EMPLOYEE	1	IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095936	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له معلن عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 551299789	رقم الجوال:	**Employee Name :** ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED	اسم الموظف:
ID Number	2338300474		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 305 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض جوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551299789	0	0	2338300474	EMPLOYEE	1	ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095936	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 502187393 رقم الجوال:	**Employee Name :** ELAGEED DAFAALLA ALI MOHAMED أسم الموظف:
ID Number 2346429422	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية او التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		502187393	0	0	2346429422	EMPLOYEE	1	ELAGEED DAFAALLA ALI MOHAMED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١ /٧/ ١١

(1) Upon renewal of the policy , The insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق الشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 578453107	رقم الجوال:	Employee Name : AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN	أسم الموظف:
ID Number	2349050936		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		578453107	0	0	2349050936	EMPLOYEE	1	AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (*) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢٠/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 550794207	رقم الجوال:	**Employee Name :** MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	أسم الموظف:
ID Number	2349051215		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 305 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		550794207	0	0	2349051215	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و تضمن حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 593928870 رقم الجوال:	**Employee Name :** ZEESHAN KHALID KHALID MALIK اسم الموظف:
ID Number 2349398749	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات اعلاه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض قوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		593928870	0	0	2349398749	EMPLOYEE	1	ZEESHAN KHALID KHALID MALIK	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571136754 رقم الجوال:		**Employee Name :** SANJAY KUMAR RAM LAKHAN أسم الموظف:
ID Number 2354538171		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية:		**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ اعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من امراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571136754	0	0	2354538171	EMPLOYEE	1	SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الإقرار و التفويض :** 1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 568778423 رقم الجوال:	**Employee Name :** ALI SALEH ALI AL KHUZAEI أسم الموظف:
ID Number 2370104867	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 204 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ اعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	No لا	Yes نعم	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		568778423	0	0	2370104867	EMPLOYEE	1	ALI SALEH ALI AL KHUZAEI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 538010106 رقم الجوال:	**Employee Name :** ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN أسم الموظف:
ID Number 2350601320	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

		لا No	نعم Yes		
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :				يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538010106	0	0	2350601320	EMPLOYEE	1	ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been incured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : دليل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | **New** ☑ جديد | **Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : | **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 594473235 رقم الجوال: | **Employee Name :** GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR اسم الموظف:

ID Number 2370105070 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 304 الجنسية: **Marital Status** الحالة الاجتماعية: **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع الشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		☐ ☐ ☐	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594473235	0	0	2370105070	EMPLOYEE	1	GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 598772338 رقم الجوال:		**Employee Name :** ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD أسم الموظف:
ID Number 2370837532		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 304 الجنسية:		**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	,هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		598772338	0	0	2370837532	EMPLOYEE	1	ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :

نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 590758693 رقم الجوال:		Employee Name : NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL أسم الموظف:
ID Number 2370842037		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes):	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لإفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		590758693	0	0	2370842037	EMPLOYEE	1	NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة 1010095920	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 557326820 رقم الجوال:		**Employee Name :** MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN	اسم الموظف:
ID Number	2372774345		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auchers disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		557326820	0	0	2372774345	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095996	[signature]	٢٠٢١/٧/١٤

(1) Upon renewal of the policy , The insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 530129044 رقم الجوال:		Employee Name : NABIL FARHAN ABDO MOQBEL اسم الموظف:	
ID Number 2374231716 رقم الهوية			
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:	

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التضخم الفوالي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي للديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530129044	0	0	2374231716	EMPLOYEE	1	NABIL FARHAN ABDO MOQBEL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع.
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type**	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 551124886	رقم الجوال:	**Employee Name :** ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	اسم الموظف:
ID Number	2375734783		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551124886	0	0	2375734783	EMPLOYEE	1	ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة سلام النخبة [illegible] 1010095926 [illegible]	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the [illegible] shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 554284340 رقم الجوال:	**Employee Name :** SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR اسم الموظف:
ID Number 2377411356	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 304 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		554284340	0	0	2377411356	EMPLOYEE	1	SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 551688935 رقم الجوال:	Employee Name : GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI أسم الموظف:
ID Number 2382513378	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد,	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض قوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي,	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551688935	0	0	2382513378	EMPLOYEE	1	GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (*) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ١١ / ٧ / ٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for ~~any insured who has been insured~~ for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 599386472	رقم الجوال:	Employee Name : MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA	أسم الموظف:
ID Number	2354356491		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، امراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي للديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		599386472	0	0	2354356491	EMPLOYEE	1	MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة لنموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 573189480	رقم الجوال:	Employee Name : AZEES KANI	أسم الموظف:
ID Number	2235273113		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج	Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلويتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		573189480	0	0	2235273113	EMPLOYEE	1	AZEES KANI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA
عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured; **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type**	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 533893473	رقم الجوال:	**Employee Name :** ADEL QASEM ABDO NAJI	اسم الموظف:
ID Number	2338651157		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		533893473	0	0	2338651157	EMPLOYEE	1	ADEL QASEM ABDO NAJI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الاقرار و التفويض : 1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٢

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 508577475	رقم الجوال:	Employee Name : SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED	اسم الموظف:
ID Number	2020574832		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		508577475	0	0	2020574832	EMPLOYEE	1	SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED	1
		508577475	0	0	2156428290	SON	1	ASIM MOHAMMED	2
		508577475	0	0	2186760910	DAUGHTER	2	HANA MOHAMMED	3
		508577475	0	0	2021762873	WIFE	2	LAILA SULAIMAN	4

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095826	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم مشروعية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	**عزيزي المؤمن له :** نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | **New** ☑ جديد | **Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : | **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 571074168 رقم الجوال: | **Employee Name :** NEERAJ KUMAR GANGA RAM اسم الموظف:

ID Number 2385064031 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية: **Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التقصر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571074168	0	0	2385064031	EMPLOYEE	1	NEERAJ KUMAR GANGA RAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١ /٧/ ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التامين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571790078 رقم الجوال:		Employee Name : SHRAVAN RAM GOVIND أسم الموظف:
ID Number 2385064395		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 204 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ،الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ،مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	،هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571790078	0	0	2385064395	EMPLOYEE	1	SHRAVAN RAM GOVIND	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 597846958 رقم الجوال:	**Employee Name :** MOSARIB RIZWAN HAQUE أسم الموظف:
ID Number 2394956904	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 204 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، إلتهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		597846958	0	0	2394956904	EMPLOYEE	1	MOSARIB RIZWAN HAQUE	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف: [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 580792185	رقم الجوال:	Employee Name : RAM SAMUJH AVADH RAM	أسم الموظف:
ID Number	2387809193		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 204 الجنسية:	Marital Status: Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		580792185	0	0	2387809193	EMPLOYEE	1	RAM SAMUJH AVADH RAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010085926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 547346639 رقم الجوال:	**Employee Name :** OTHMAN ABDULALIM QINDIL أسم الموظف:
ID Number 2061854846	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 204 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		547346639	0	0	2061854846	EMPLOYEE	1	OTHMAN ABDULALIM QINDIL	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الإقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp [stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926]	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة | New ☑ جديد | Type (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :
Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 506910609 رقم الجوال:
Employee Name : MAHMOUD HASSAN SAYED ALY أسم الموظف:
ID Number 2228067027 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 321 الجنسية: Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		506910609	0	0	2228067027	EMPLOYEE	1	MAHMOUD HASSAN SAYED ALY	1

Undertakings:
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 595878514 رقم الجوال:		**Employee Name :** ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF أسم الموظف:
ID Number 2384566598		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:		**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية او التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الدولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية او أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		595878514	0	0	2384566598	EMPLOYEE	1	ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقويم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : دامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة **New** ☑ جديد **Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :

Mobile No : 538156509 رقم الجوال: **Employee Name :** ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI أسم الموظف:

ID Number 2338651421 رقم الهوية

Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية: **Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات اذناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية او أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لافراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538156509	0	0	2338651421	EMPLOYEE	1	ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 562893376 رقم الجوال:		**Employee Name :** NAGIB SALEM MOHAMED SALEM اسم الموظف:
ID Number	2306831963	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	No لا	Yes نعم	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		562893376	0	0	2306831963	EMPLOYEE	1	NAGIB SALEM MOHAMED SALEM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ /٧/ ١١

(1) Upon renewal of the policy, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The Insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :
Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 562672454 رقم الجوال:
Employee Name : ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED أسم الموظف:
ID Number 2300139413 رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية: **Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)
بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة **Provider Name**	الحالة **case**	رقم الجوال **Mobile No.**	الطول **Height**	الوزن **Weight**	رقم الهوية **ID Number**	القرابة **Relation**	الجنس **Gender**	اسم الموظف /افراد العائلة **Employees/Dependent Name**	م
		562672454	0	0	2300139413	EMPLOYEE	1	ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين لأكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 576099718 رقم الجوال:	**Employee Name :** MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH اسم الموظف:
ID Number 2305451649	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		576099718	0	0	2305451649	EMPLOYEE	1	MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp: مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف: [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١ /٧ /١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق الشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 599033594	رقم الجوال:	**Employee Name :** AHMAD USMAN AHMAD JAN	اسم الموظف:
ID Number	2349289385		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 207 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة .السرطان، امراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي .هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو امراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		599033594	0	0	2349289385	EMPLOYEE	1	AHMAD USMAN AHMAD JAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	اسم المنشاة :
Mobile No : 594652287 رقم الجوال:		Employee Name : SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	أسم الموظف:
ID Number	2374231617		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 900 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة, السرطان, أمراض القلب, الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة, الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي, هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي للعمود, انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		594652287	0	0	2374231617	EMPLOYEE	1	SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم المنشأة مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف		Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 572753115 رقم الجوال:		Employee Name : SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM أسم الموظف:
ID Number	2385452830	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 207 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		572753115	0	0	2385452830	EMPLOYEE	1	SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's Stamp ختم المنشأة (stamp: سلام الصحبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926)	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date 11/7/2021	التاريخ

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 530865964 رقم الجوال:	Employee Name : MUHAMMAD ARSHAD AHMAD اسم الموظف:
ID Number 2376673329	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 305 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ اعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auchers disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		530865964	0	0	2376673329	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	**الاقرار و التفويض :** 1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	(signature)	٢٠٢١ / ٧ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة — New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 571273353 رقم الجوال:	Employee Name : JIUT KUMAR RAJBHAR أسم الموظف:
ID Number 2375206139	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ; الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571273353	0	0	2375206139	EMPLOYEE	1	JIUT KUMAR RAJBHAR	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على احقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 500842617	رقم الجوال:	Employee Name : RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL	أسم الموظف:
ID Number	2234508188		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ،الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية او أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي البسيط ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		500842617	0	0	2234508188	EMPLOYEE	1	RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة المعدة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type**	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 577202421 رقم الجوال:		**Employee Name :** GHASI RAM HARNATH BAIRWA	اسم الموظف:
ID Number	2383273196		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الفهرسي، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577202421	0	0	2383273196	EMPLOYEE	1	GHASI RAM HARNATH BAIRWA	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢٠/٧/١٩

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 532898831 رقم الجوال:	**Employee Name :** ROBAL AHMOD SANORA BAGOM اسم الموظف:
ID Number 2309145833	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auchers disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		532898831	0	0	2309145833	EMPLOYEE	1	ROBAL AHMOD SANORA BAGOM	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التامين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة
Addition ☐ (2) إضافة **New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 508109549 رقم الجوال:	**Employee Name :** ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI أسم الموظف:
ID Number 2375305501	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة ،السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ؛ الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		508109549	0	0	2375305501	EMPLOYEE	1	ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's Stamp (4) ختم المنشأة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	١١/٧/٢٠٢١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 508252950 رقم الجوال:		Employee Name : IBRAHIM MIA MD IDRIS أسم الموظف:
ID Number 2315383618		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 304 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		508252950	0	0	2315383618	EMPLOYEE	1	IBRAHIM MIA MD IDRIS	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : دليل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 593502534 رقم الجوال:		**Employee Name :** SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE اسم الموظف:
ID Number	2370328151	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان, أمراض القلب, الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي, حصوات المرارة ,الفشل الكلوي, حصوات المسالك البولية, تضخم الغدة الدرقية, التكيسات, ورم ليفي بالرحم, الفتق, أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط ; الشلل الدماغي, اضطراب الخلايا المنجلية, الثلاسيميا, الهيموفيليا, أمراض التمثيل الغذائي, استسقاء الرأس, ضمور العضلات الشوكي,تشوهات الأعضاء التناسلية, أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء, مياه زرقاء, أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي انحراف العمود الفقري, التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	 ☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه, الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		593502534	0	0	2370328151	EMPLOYEE	1	SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة س.ت 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف [signature]	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , The insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه(11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبى الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 599614838	رقم الجوال:	Employee Name : ABDULLAH ABDULKAREEM MOHSEN	اسم الموظف:
ID Number	2377413667		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي التيبسي، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		**للأنثى الحامل فقط :** حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		599614838	0	0	2377413667	EMPLOYEE	1	ABDULLAH ABDULKAREEM MOHSEN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التعويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 س.ت	[signature]	٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	New ☑ جديد	Type	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 573319670	رقم الجوال:	Employee Name : TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS	أسم الموظف:
ID Number	2306829587		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	Nationality : 321 الجنسية:	Marital Status Married ☐ متزوج Single ☑ اعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		573319670	0	0	2306829587	EMPLOYEE	1	TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار و التفويض :

1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ /٧/ ١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1)	نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 542204418	رقم الجوال:	**Employee Name :** NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI	اسم الموظف:
ID Number	1080138843		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 305 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ,الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض ,الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: ,مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	.هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		542204418	0	0	1080138843	EMPLOYEE	1	NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI	1
		542204418	0	0	1195879091	SON	1	ANAS NAWAF AYAD ALHARBI	2
		542204418	0	0	1075680668	WIFE	2	DALAL SAMAH NAHAR ALHARBI	3
		542204418	0	0	1171184128	DAUGHTER	2	MALAK NAWAF AYAD ALHARBI	4

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. اوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٨ / ١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

SAUDI ENAYA عناية السعودية

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type** (1) نوع الطلب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 504553765 رقم الجوال:	**Employee Name :** MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI اسم الموظف:
ID Number 1015706904	رقم الهوية
Gender : 1 الجنس: **Nationality :** 305 الجنسية:	**Marital Status** **Married** ☐ متزوج **Single** ☑ أعزب الحالة الاجتماعية:

#	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	#
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة ,السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيسي ,هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، امراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك ,انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		504553765	0	0	1015706904	EMPLOYEE	1	MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	1
		504553765	0	0	1018410728	WIFE	2	QIBLAH DHAFER AWWADH ALSHEHRI	2
		504553765	0	0	1148165861	SON	1	RAYID MOHAMMED ALSHEHRI	3
		504553765	0	0	1132849686	SON	1	ABDULLAH MOHAMMED ALSHEHRI	4
		504553765	0	0	1123711135	SON	1	ABDULRAHMAN ALSHEHRI	5
		504553765	0	0	1176940417	DAUGHTER	2	JUMANAH MOHAMMED ALSHEHRI	6

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of Obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. اقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926 ت.س	Employee Signature (٤) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١/٧/١١

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نموذج الافصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة	**New** ☑ جديد	**Type**	(1) نوع الطلب
PolicyNo/CR :	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	**Entity Name :** Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 581031242	رقم الجوال:	**Employee Name :** SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN	اسم الموظف:
ID Number	2375736119		رقم الهوية
Gender : 1 الجنس:	**Nationality :** 321 الجنسية:	**Marital Status** Married ☐ متزوج Single ☑ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :	لا No	نعم Yes	يرجى الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة « نعم »	
1	Any hospital admission during last 12 months?	☑	☐	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to:** Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease,G6PDDeficiency,systicfibrosis,hemochromatosis, Wilson disease,Polycystic Kidney Disease.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases **limited to:** Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	☑	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only:** Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	☐ ☐ ☐		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		581031242	0	0	2375736119	EMPLOYEE	1	SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN	1

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الاقرار و التفويض :

1. اقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التأشير امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	[signature]	٢٠٢١ /٧/١١

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له